HealthCareInsurance
(Consultation de l'assurabilité)

Contents

1) Introduction 2
2) Législation 2
3) Historique 2
4) Qui utilise le service? Pour qui et pour quels besoins? 3
5) Quels sont les prérequis pour une bonne transmission de données ? Quels contrôles sont effectués sur les données encodées ?.....4
6) Quelles données sont requises et quelles données sont renvoyées ? 4
7) Comment se déroule la transmission et quels sont les partenaires concernés ? 5
8) Dans quel délai y aurait-il une réponse ?.....6
9) Quelles sont les erreurs les plus courantes ?.....6
10) Cohérence entre les différentes fonctionnalités du service 7
11) Autres services associés.....7
12) Autre documentation en relation 7

1) Introduction

Dans le cadre de leurs missions de sécurité sociale, plusieurs organisations ont besoin de disposer des informations relatives au statut soins de santé géré par les Organismes Assureurs (Mutualités).

2) Législation

La loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale (CPAS) confie à ces derniers des missions dans le domaine des soins de santé.

La consultation de ces informations peut se faire dans le cadre de l'enquête sociale – art 60 §1 de la loi du 8 juillet 1976 Organique des CPAS, art 19 §1 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale et article 6 §1,4° de l'arrêté royal portant règlement général en matière de droit à l'intégration sociale.

En vue de fournir tous conseils et renseignements utiles et d'effectuer les démarches de nature à procurer aux intéressés les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre dans le cadre de la législation belge ou étrangères - art 60 §2 de la loi du 8 juillet 1976 Organique des CPAS.
(Voir aussi l'art 4 de la Charte de l'assuré social)

Si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, le CPAS l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle, et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé est exigée – art 60 §5 de la loi du 8 juillet 1976 Organique des CPAS.

Par sa délibération n°99/36 du 2 mars 1999, le Comité sectoriel de la sécurité sociale a déjà autorisé les CPAS à consulter le fichier d'assurabilité géré par l'organisme assureur.

En vertu de l'article 39, 5°, de l'arrêté royal du 22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale, les CPAS sont autorisés à consulter et à conserver ces données d'assurabilité, pour autant qu'ils traitent un dossier relatif à l'assuré social concerné.

3) Historique

Le nouveau flux HealthCareInsurance remplace l'ancien flux HealthInsurance (L891) qui est amené à disparaître avec la disparition de la carte SIS.
En effet, depuis le 01 janvier 2014, il n'y a plus de nouvelles cartes SIS produites ou distribuées.
A cette même échéance, les cartes SIS en circulation ne seront pas renouvelées (en cas de vol, perte ou détérioration) ou prolongées lorsqu'elles arriveront en fin de validité.

4) Qui utilise le service? Pour qui et pour quels besoins?

Client	Cadre réglementaire
CPAS	Enquête sociale Allocation de chauffage attribution aux BIM
SPP-IS	Cadre de Mediprima : frais médicaux

Rôle du travailleur social

Au niveau des soins de santé, le rôle du travailleur social consiste, entre autre, à :

- Vérifier que l'assuré social est affilié auprès d'une mutualité et est en règle de cotisation (obligatoire et complémentaire). Si ce n'est pas le cas, procéder à la mise en règle du dossier.
- Vérifier que l'assuré social bénéficie de l'ensemble des avantages auquel il peut prétendre
- Octroyer des avances de paiement pour les soins de santé de certains assurés sociaux
- Récupérer au mieux les sommes avancées
- Rembourser, le cas échéant, la personne adéquate

Afin de remplir ces missions, les CPAS ont besoin de différentes informations gérées par les Organismes Assureurs.

Afin que des décisions correctes soient prises en matière d'aide financière et d'anticipation des remboursements, les CPAS doivent disposer de l'information la plus actuelle possible.

Rôle du SPP-IS

Pour vérifier les conditions d'octroi d'une décision de prise en charge des soins, le SPP-IS a besoin de connaître l'assurabilité d'une personne.

Sur base d'un NISS et d'une période, vérifier l'existence d'une assurance pour ce NISS dans cette période et obtenir la date de début de validité et l'éventuelle date de fin de validité de chaque période d'assurabilité concernée.

5) Quels sont les prérequis pour une bonne transmission de données ? Quels contrôles sont effectués sur les données encodées?

Comme tous les messages transitant par la BCSS, la consultation de l'assurabilité fait l'objet d'un contrôle d'intégration. Pour que la requête passe ce contrôle et soit accepté, il est indispensable que la personne pour laquelle la consultation est effectuée soit intégrée, tant dans le répertoire des références que dans le répertoire sectoriel, le jour de la consultation.

Les codes qualités : 1 à 9, 30 et 31.

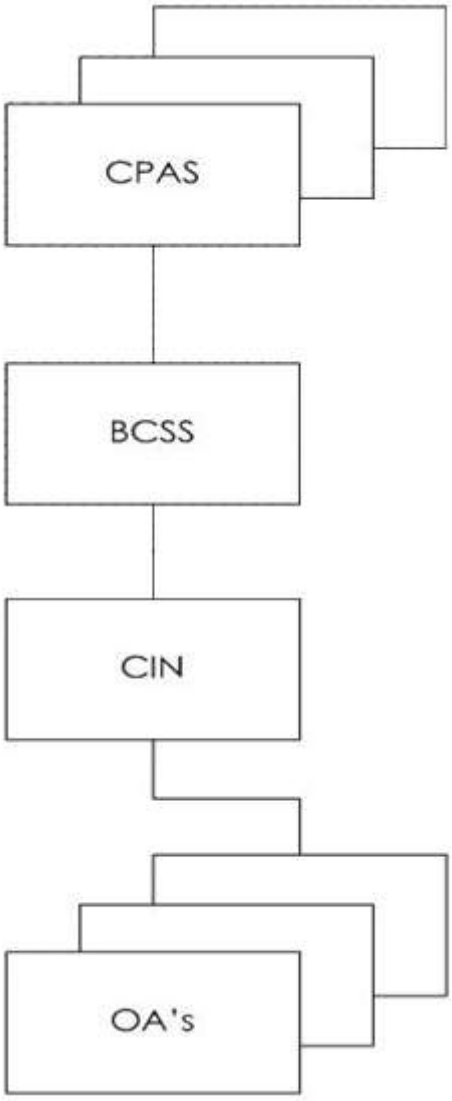
En tant que bénéficiaire d'une intervention majorée (BIM) : code qualité 40

6) Quelles données sont requises et quelles données sont renvoyées ?

- **Données transmises par le CPAS :**
  - L'identifiant « BCE » du CPAS
  - Le contexte légal dans lequel la requête est posée
  - Les critères :
    - ✓ Le NISS de la personne concernée
    - ✓ Une date de référence comprise entre aujourd'hui – 1 an et aujourd'hui + 1 an

- **Réponses du CIN :**
  - L'identifiant « BCE » du client
  - Le contexte légal dans lequel la requête est posée
  - Les critères :
    - ✓ Le NISS de la personne concerné
    - ✓ Une date de référence comprise entre aujourd'hui – 1 an et aujourd'hui + 1 an
  - Le ticket timestamp de la réception et de la réponse par la BCSS
  - Le statut de la réponse :
    - ✓ DATA_FOUND : le service a été rendu
    - ✓ NO_DATA_FOUND : le service a été rendu partiellement
    - ✓ NO_RESULT : le service n'a pas été rendu
  - Les données souhaitées :
    - ✓ L'organisme assureur et la mutualité
    - ✓ Le droit au remboursement
    - ✓ A titre d'information, les codes CT1/CT2 + période fournie par le Service du CIN
    - ✓ Le droit au tiers payant
    - ✓ Les années où le plafond MAF a été atteint
    - ✓ Les contrats avec une maison médicale
      - Type de contrat (docteur, kiné, infirmière)
      - Période associée
    - ✓ Le droit à l'intervention majorée

7) Comment se déroule la transmission et quels sont les partenaires concernés ?



- Le CPAS envoie une requête avec le NISS de son client et une date de consultation à la BCSS.
- La BCSS contrôle si les intégrations nécessaires sont reprises dans le répertoire des intégrations de la BCSS pour le secteur.
- Si les intégrations sont correctes, la BCSS fournit la requête au CIN.
- Le CIN oriente la requête vers l'organisme assureur concerné à la date/période de référence et fournit la situation de l'assuré relative au statut assurance soins de santé.
- Le CIN envoie la réponse à la BCSS.
- La BCSS renvoie la réponse du CIN au CPAS.
- L'organisme assureur gère les données relatives à l'assurance soins de santé.

8) Dans quel délai y aurait-il une réponse ?

La réponse sera immédiatement transmise au CPAS. Généralement en un temps de 2 secondes, cela se fait en ligne.

9) Quelles sont les erreurs les plus courantes ?

DATA FOUND : le service a été rendu.

MSG00000 : Réponse complète du NIPPIN.

NO DATA FOUND : le service a été rendu partiellement.

MSG00000 : Réponse partielle du NIPPIN.

NO RESULT : le service n'a pas été rendu.

HEA00010 : Cette opération n'est malheureusement pas encore possible.

HEA00011 : Aucune donnée n'a été demandée.

HEA00012 : Numéro BCE incorrect pour cette opération et pour le client authentifié.

HEA00013 : Contexte légal incorrect pour cette opération et cette organisation.

HEA00014 : Le client n'est pas autorisé.

HEA00015 : L'information n'est pas autorisée.

HEA00016 : La date n'est pas dans la période autorisée.

MSG00011 : Le format du NISS est invalide.

HEA00020 : Erreur de validation du schéma SAML.

HEA00021 : Assertion refusée par le fournisseur NIPPIN.

HEA00022 : Erreur reçue du fournisseur NIPPIN.

HEA00023 : Il y a un problème avec le fournisseur.

MSG00005 : Le NISS est inconnu.

MSG00006 : Le NISS a été remplacé.

MSG00001 : Le NISS a été radié.

MSG00001 : Il y a un problème avec le NISS.

SSK00001 : Pas de NISS ou de BCE fourni ou erreur d'authentification.

SSK00002 : Erreur indéterminée.

MSG00012 : Le NISS est inconnu auprès du CPAS dans le contexte légal fourni (intégration).

SSK00003 : Le NISS a un autre code qualité.

10) Cohérence entre les différentes fonctionnalités du service

Le flux HealthCareInsurance est amené à remplacer l'ancien flux HealthInsurance (L891) que bon nombre de CPAS utilisent déjà et qui est pour l'instant toujours alimenté (jusqu'au maximum: 31/12/2014).

11) Autres services associés

Voir point 3 et 10.

12) Autre documentation en relation